

記載例

第三者行為による傷病届

保険証に記載されている記号・番号を記載

項	内	容
(被保険者名等) 届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 つくば (987654) 保険者名 つくば市
	氏名 / 生年月日	ふりがな こくぼ いちろう 氏名 国保 一郎 生年月日 年 11 月 6 日
	住所 / 電話	〒 ▲▲▲-●●●● つくば市◆◆◆◆32-5 TEL 029 (●●●)▲▲▲▲
(被害者) 届出者の情報と同じ場合はチェック	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒 TEL 年 月 日
	住所 / 電話	負傷した方の情報を記載してください。負傷した方が世帯主と同じ場合は左のチェックボックスに☑してください。
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな つくば はなこ 氏名 つくば 花子 相手方の情報を記載してください。
	住所 / 電話	〒 ●●●-◆◆◆◆ つくば市▲▲▲5-1-1 TEL 029 (●●●)◆◆◆◆
事故発生状況	事故発生日時	令和 3 年 3 月 2 日 午前 / 午後 3 時 20 分頃
	事故発生場所	つくば市▲▲▲の交差点
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ○○○○損害保険会社 ふりがな つくば はなこ 氏名 つくば 花子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ◆△◎ 相手方の自賠責保険の情報を記載してください。
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 自賠責証明書番号 ▲▲55に5555 第 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ○○○○損害保険会社 担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 ▲▲-▲▲▲▲ TEL ▲▲▲(●●●)◆◆◆◆
	担当者名 / E-mail	ふりがな さとう たろう 氏名 サトウ 太郎 E-mail
	保険契約者名	ふりがな つくば はなこ 氏名 つくば 花子 相手方の任意保険の情報を記載してください。
	住所	〒 ●●●-◆◆◆◆ つくば市▲▲▲5-1-1
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3年1月1日 ~ 令和3年12月31日 契約番号 第 号
任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 担当部署 TEL ()
治療状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 年 月 日
	住所 / 電話番号	〒 TEL ()
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 TEL ()
		③ 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日 本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。